Rok XXXVII. Kraków, 10. Grudnia 1898. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Aseptyczny stół operacyjny.

Opisał

Prof. Dr. Rydygier,

c. k. Radca dworu.

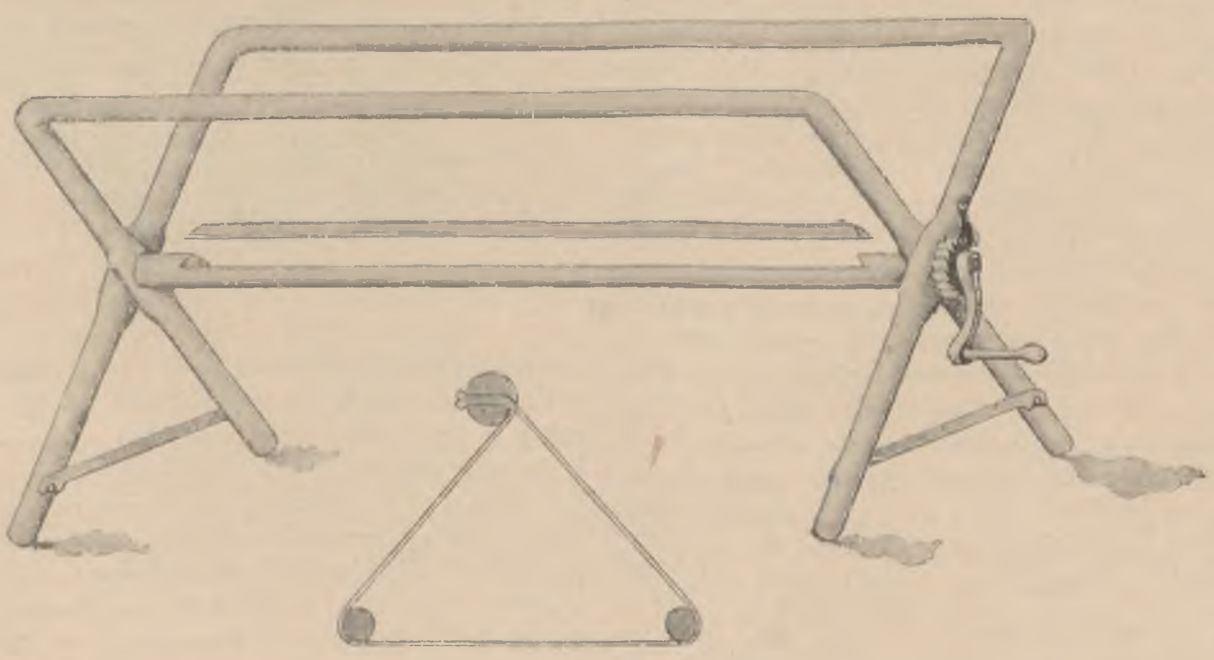
Czem prostszą jest budowa stołu operacyjnego, tem łatwiej utrzymać go w zupełnej czystości. Dawniej mniemałem, że stół, któryby nie posiadał osobnych urządzeń do unoszenia głowy lub opuszczania nóg operowanego byłby zupełnie niedostateczny do użycia. Od wielu już lat jednak posługuję się stołem o wcale niezawikłanem złożeniu, bez specyalnych urządzeń, i zawsze z usług jego jestem zupełnie zadowolony. Głowę unosimy poduszeczkami kształtu wałka, a gdy wyjątkowo zdarzy się potrzeba uniesienia całej górnej połowy tułowia, podsuwamy choremu pod plecy ramy żelazne z naciągniętem na nich płótnem żaglowem. Przy pomocy podobnych ram układamy chorego z podniesioną miednicą w położeniu Trendelenburga. Tym sposobem unikamy wielu śrub, śrubek i zawiasów, zawsze trudnych do oczyszczenia.

Innem, trudnem do rozwiązania zadaniem, jest wyszukanie aseptycznych, łatwych do oczyszczenia i niepodlegających innym zarzutom płyt na stół. Pod względem aseptyki idealnemi są płyty ze szkła. Z temi jednak stronami idealnemi łączą się ujemne. Wysoka cena i kruchość czynią je niepraktycznemi, a właściwa im twardość i niemiły chłód szkodzić mogą choremu. Z doświadczenia naszego w Krakowie nabrałem przekonania, że nie tylko mogą szkodzić, ale że w istocie przynoszą znaczne szkody chorym. Leżąc na takich, zawsze zimnych płytach, chory przeziębia się i to stanowi czynnik, który później usposabia do rozwijania się spraw zapalnych w płucach. Wszelkie podkłady, któreby osłaniały twardość szyb lub urządzenia do ich ogrzewania w czasie operacyi, wikłają znów w wysokim stopniu budowę stołu i utrudniając utrzymanie bezwzględnej czystości, obrażają nasze poczucie aseptyki.

Części ujemnych stron płyt szklanych nie podzielają impregnowane płyty z drzewa, wprowadzone do handlu przez firmę Knoke i Dressler z Drezna. Lecz i na ich twardość uskarżają się chorzy, a nadto nasuwają się wątpliwości co do ich stanu aseptyczności.

Tymi względami powodując się, kazałem zrobić stół, któryby, pozbawiony wszelkich wad poprzednio wyliczonych, miał nadto tę zaletę, aby bez trudności był przenośny, służąc w praktyce prywatnej, oraz w czasie wojny.

Dołączony rysunek pozwala mi w kilku słowach uporać się z opisem.



Ustawiony na skrzyżowanych nogach, ogólnym swym zarysem stół ten przypomina zwyczajne nosze. Dwa poprzeczne pręty u dołu ustalają wzajemne położenie nóg i całego rusztowania. Gdy trzeba stół przenieść na inne miejsce, wystarcza wyjąć owe pręty, aby obie ramy rusztowania zbliżyły się do siebie i stół przybrał kształt ułatwiający bardzo przeniesienie. Płyty zastępujemy mocnem płótnem żaglowem, rozpiętem ponad oboma ramionami poziomemi i zaklinowa-

nem swymi podłużnymi brzegami w drążku środkowym, dolnym, który, będąc zasadniczą częścią składową stołu, równocześnie, niejako dodatkowo, służy do napinania płótna w pożądanym stopniu. W tym celu drążek ten rozszczepionym jest w całej swej długości na dwie nierówne części, utrzymywane przy sobie zapomocą wsunięcia krótszej połowy w skośne nakarbowania dłuższej. Zapomocą korby możemy okręcać drążek wzdłuż jego osi długiej. Między obie połowy zaklinowuje się płótno, i, zanim właściwe napinanie się rozpocznie, okręcamy je parokrotnie na około niego, bo ten akt wstępny czym wydatniejszem i pewniejszem późniejsze napinanie. Aby po napięciu płótno nie wyśliznęło się z zakleszczenia, ma ono wzdłuż obu brzegów wszyty odpowiednio gruby sznurek. Płócien takich mamy kilkanaście, i przed każdą operacyą naciąga się na stół płótno świeżo wyprane i wysterylizowane.

II. Stopa szpotawa wrodzona.

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

Podał
Dr. H. Schramm,
docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

(Ciąg dalszy).

Materyał mój jest wprawdzie za szczupły, abym go mógł porównywać z statystyką Courtilliera; nie nadarzyła mi się też sposobność badania drobnowidowego rdzenia pacierzowego u dzieci z wrodzoną stopą szpotawą. Tyle jednak mogę powiedzieć, że u 25 badanych w tym kierunku dzieci, nie znalazłem nigdy objawów osłabienia poszczególnych mięśni; oddziaływanie ich na prądy elektryczne, skurcze odruchowe i, o ile się dało stwierdzić, i dobrowolne, były zawsze we wszystkich mięśniach jednakowo silne i niczem się nie różniły od oddziaływania mięśni u dzieci zdrowych. W czterech przezemnie spostrzeganych przypadkach, w których dzieci przyszły na świat z tarnią dwudzielną (spina bifida) i z prawie zupełnem porażeniem obu kończyn dolnych, nie było żadnego zboczenia w ułożeniu stopy; w dwóch innych była obustronna, w jednym prawa stopa szpotawa. Wnosić z tego wolno, że same zmiany w unerwieniu nie wystarczają do wywołania stopy szpotawej. Nadto badania nad powstawaniem odpowiednich zboczeń stopy przy porażeniach nabytych w wieku późniejszym przekonały, że samo porażenie jednego lub kilku mięśni nie wystarcza do sprowadzenia zboczenia stopy; potrzeba do tego współdziałania innego czynnika, a mianowicie działania mechanicznego z zewnątrz, które utrzymuje stopę w położeniu nieprawidłowem. Natomiast codzienne prawie doświadczenie poucza, że samo działanie mechaniczne wywołać może nawet przy zupełnie zdrowych mięśniach i nerwach zmiany położenia, do usunięcia których potrzeba potem długiego czasu i wielu zachodów. Wszak znany jest fakt, iż nawet ucisk kołdry sprowadzić może uporczywą stopę końską, a u osłabionych chorobą dzieci, złe i długotrwałe ułożenie kończyn powodować może nawet zwichnięcia zupełne w różnych stawach. Znany jest też zwyczaj Chińczyków, którzy przez bandażowanie nóg dziecka nadają im kształt dowolny. Tem bardziej zrozumiały jest fakt, iż ucisk, utrzymujący nogę płodu stale w fałszywem położeniu, musi spowodować skrócenie się mięśni po stronie zgięcia, oraz i wzrost kości w nieprawidłowym kierunku. Liczne spostrzeżenia i badania anatomiczne kości stopy szpotawej wrodzonej dowodzą, że pierwotnie prawidłowo zbudowana stopa dopiero następnie kształt swój zmieniła. Pomijając już bowiem inne zmiany, o których poniżej obszerniej pomówię, nie można inaczej wytłómaczyć tego zjawiska, że przednia powierzchnia stawowa kości skokowej w wielu bardzo przypadkach podzielona jest na dwie części, z których tylko wewnętrzna artykuluje z kością łódkową, druga zaś zewnętrzna powleczona jest chrząstką mniej lub więcej zwyrodniałą, czasem jeszcze pokrytą resztą torebki mazistej. Obraz taki, opisany zresztą dokładnie już przez Shattocka i Rozera znalazłem sam w dwóch przypadkach, w których badałem kościec stopy szpotawej; wnosić z niego należy, że kość łódkowa przylegała pierwotnie prawidłowo do całej przedniej powierzchni stawowej kości skokowej, a dopiero przez następowy ucisk kość łódkowa przesunięta została na wewnątrz, przez to zewnętrzna część powierzchni stawowej główki kości skokowej przestała być właściwie powierzchnią stawową i powoli też jej cechy zatracała. Potwierdza to przypuszczenie także spostrzeżenie Lapeyrea, że jądro kostne kości skokowej, mimo mniej lub więcej łukowatego kształtu, jaki ma ta kość w przypadkach stopy szpotawej wrodzonej, dąży w kierunku osi pierwotnej prawidłowej przedniej powierzchni stawowej. Obecności ucisku śródmacicznego dowodzą i te spostrzeżenia, w których na skórze noworodka znaleziono wybitne jego ślady w postaci ograniczonego zaniku skóry, jej pokładu brodawkowego i pokładu Malpighiusza. Przypadki takie opisał Volkmann, a z pomiędzy moich był jeden, w którym nad wypukłą i mocno wygiętą szyją kości skokowej widać bardzo dokładnie takie ślady ucisku. *(Fig. 1)*.



W miejscach tych, wielkości ziarna soczewicy, skóra jest cieńsza i bledsza niż w otoczeniu. Widać je dość wyraźnie i na rysunku tego przypadku. Działaniem ucisku śródmacicznego można też jedynie wytłómaczyć przypadki, w których stopy dziecka tak są ze sobą splątane, iż na jednej stronie wytworzyła się stopa szpotawa, na drugiej płaska (pas valgus). Bardzo charakterystyczny taki przypadek przedstawia figura w dziele Hoffy, przedstawiająca przypadek spostrzegany przez Volkmanna.

Powody ucisku śródmacicznego na stopę dziecka mogą być różne. Najczęstszym z nich jest niedostateczna ilość wody płodowej, wskutek czego ściany macicy gniotą wprost na ciało płodu. Przyczynę tę uznawano już bardzo dawno; znaj-

dujemy bowiem wzmiankę o niej już u Hippokratesa, uznawał ją po nim Gallen, Paré, Scarpa. Nowsze badania Cuveillera i Martina o względnie skąpej ilości wód płodowych, jaką spotyka się przy porodach dzieci z stopą szpotawą na świat przychodzących, wreszcie dokładne spostrzeżenia Volkmanna, Lückego i Kochera usuwają wszelką pod tym względem wątpliwość.

Niedostateczność wód płodowych może być zresztą tylko względną w porównaniu z wielkością płodu. Tłómaczyłoby to, że przy ciążach bliźniaczych częściej się zdarza stopa szpotawa, że chłopcy częściej przychodzą na świat z tą wadą niż dziewczęta, fakta których przytoczona powyżej teorya Courtilliera nie może wytłómaczyć; ten sam skutek co brak wód płodowych mogą wywołać nowotwory macicy lub miednicy.

Oprócz ścian macicy wywołać mogą stały ucisk na stopę płodu także zrosty amniotyczne, jak to miało miejsce w przypadkach opisanych przez Parkera, Bessel-Hagena i Shattocka. Koch opisał przypadek, w którym u 8-miesięcznej dziewczynki znajdowała się na lewej stronie stopa szpotawa wysokiego stopnia, na prawej zaś nodze była stopa płaska (peś valgus), silnie obrzmiała z powodu zasznurowania przez postronek amniotyczny, tuż nad piętą. Bardzo charakterystyczny przypadek podaje również Nasse: Obok amniotycznych zasznurowań, które spowodowały amputacyę palców rąk i nóg, znachodziła się na jednej stronie stopa szpotawa, na drugiej płaska. Między moimi przypadkami znajduje się jeden, który policzyć należy do tej kategoryi. Był to chłopczyk, liczący ośmnaście miesięcy, syn zdrowych zresztą rodziców izraelitów; o bliższych szczegółach porodu nie mogłem się dowiedzieć. Na obu rączkach były palce 2, 3 i 4 zrośnięte ze sobą w ten sposób, że między palcem 3 a 4 zrost był zupełny; zaś na palcu 2 i 3 zrośnięte tylko członek pierwszy do połowy i członek trzeci. Na wszystkich trzech palcach ostatnie falangi były zniekształcone, zamienionie w rodzaj przyrostka kulistego, między falangą drugą a trzecią głęboka bruzda tak, iż falanga 3-cia połączona była z 2-gą tylko cienkim mostkiem, — zmiany widocznie wywołane przez zasznurowanie postronkami amniotycznymi. Prawa nóżka dziecka przedstawia stopę w wysokim stopniu szpotawą. Przez grzbiet jej przebiega bruzda głęboka na 1 milim., również widoczny ślad ucisku. Takie samo działanie, tamujące ruchy stopy i utrzymujące ją w nieprawidłowem położeniu może wywołać także pępowina, zwłaszcza jej zawęźlenie, jak to opisał Siebold i Hoffa.

Łatwo zrozumiałem jest, że przy nieprawidłowych położeniach odnóg dolnych płodu ucisk ścian macicy na stopy będzie tem łatwiejszy i silniejszy. Dlatego to wrodzone zwichnięcia w stawie kolanowym połączone są często ze stopą szpotawą. Bardzo zajmujący przypadek tego rodzaju leczyłem w szpitalu św. Zofii, i niżej zamieszczam jego fotografię. Dziecko to urodziło się z zwichnięciem w obu stawach kolanowych na wewnątrz i w tył. Jeszcze w 4 tygodnie po urodzeniu dziecię położone wolno ściągało nóżki tak, iż zewnętrzna powierzchnia podudzia przylegała prawie zupełnie do zewnętrznej płaszczyzny uda. Obie stopy znajdowały się w położeniu szpotawem najwyższego prawie stopnia.



Obustronne wrodzone zwichnięcie w stawie kolanowym w stopie szpotowej.



Nie ulega wątpliwości, że ucisk na stopę tem łatwiej wywoła jej zboczenie, im płód jest słabszy, im zatem ma mniej sił dla pokonania tego ucisku i przynajmniej czasowej zmiany w położeniu stopy. Tem tłómaczy się, że n. p. z pomiędzy bliźniąt często tylko słabsze rodzi się z stopą szpotawą, podczas gdy silniejsze ma nogi prawidłowo rozwinięte; tem zrozumialszem jest, że ucisk, choć małego stopnia, wystarczy do sprowadzenia stałych zmian w kształcie stopy, gdy ruchy kończyny są u płodu niemożebne z powodu osłabienia, lub tem bardziej porażenia poszczególnych gromad mięśni, lub całej kończyny. Dla tego to tak często spotykamy stopę szpotawą u dzieci, przychodzących na świat z wadami rozwojowemi mózgu, lub rdzenia, w postaci wodogłowia, przepuklin mózgowych lub rdzeniowych. Przypadków takich, jak już wyżej wspomniałem, spostrzegałem trzy, dwa razy obok przepukliny rdzeniowej i zupełnego porażenia odnóg dolnych obustronną, a raz prawą stopę szpotawą.

Na pytanie, w jakim okresie życia płodowego rozwija się stopa szpotawa, odpowiedź wypadnie różnie, stósownie do tego, jaką autor przyjmował teoryę powstawania. Według przypuszczenia Dieffenbacha, Hütera i Eschrichta musiałaby ona powstawać w pierwszych tygodniach rozwoju płodu, zanim stopa z przypuszczalnego pierwotnego położenia w supinacyi miała czas przejść w położenie prawidłowe. Parker i Shattock przypuszczają jej powstanie w okresie, gdy mięśnie są jeszcze tak mało rozwinięte, że płód nie może wykonywać dowolnych ruchów. Brodhurst przypuszczał zatamowanie wzrostu z powodu zmian w mózgu w 4 lub 5 miesiącu ciąży. Według najnowszych badań Bessel-Ha-

genа i Hoffy, z którymi i moje spostrzeżenia zupełnie się zgadzają, zboczenie to może powstać w każdym okresie życia płodowego. Stopy szpotawe spowodowane nieprawidłowem ułożeniem zarodka na stopę, zatem wynikające z braku poszczególnych kości, lub nieprawidłowem przyczepieniem się więzadeł i mięśni, zboczenia wywołane przez zrosty amniotyczne, wreszcie zboczenia wywołane z powodu wad w ośrodkach nerwowych, należy zapewne odnieść do bardzo wczesnych okresów ciąży. Przeciwnie, najważniejsza i najliczniejsza gromada tych zboczeń, zawdzięczająca swe powstanie uciskowi ścian macicy, zaczyna się rozwijać w drugiej połowie życia płodowego, kiedy najczęściej zachodzi niestosunek między wielkością płodu a ilością wód płodowych, a co zatem idzie, utrudnioną ruchomością kończyn. Zmiany anatomiczne, stwierdzane w stopie szpotawej, będą naturalnie różne, stósownie do przyczyny, jaka wywołała wytworzenie się tej wady. W stopie szpotawej pierwotnej, idyopatycznej, możemy prawie w każdym przypadku znaleźć inne zboczenia rozwojowe: w jednym niedostateczny rozwój, lub brak piszczela (przypadek mój i Hoffy), w innym brak kości klinowej jednej lub kilku, brak kości śródstopia lub zlanie się kilku w jedną masę (przypadki Schwarza-Chrystiego). Co do przypadków tych, nie można więc podać stałych prawideł. W najliczniejszych przypadkach, w których, według wyżej przytoczonych wywodów, jako przyczynę powstania stopy szpotawej musimy przyjąć ucisk na zresztą prawidłowo założoną stopę płodu, budowa stopy i jej części składowe przedstawiają zmiany charakterystyczne i prawie stałe, a małe odmiany wykryte przez różnych autorów dadzą się wytłómaczyć tem, że różne przypadki zaczęły się rozwijać w różnym okresie życia płodu. Jeżeli sobie uprzytomnimy, że stopa szpotawa polega na silnej supinacyi tak, że brzeg jej zewnętrzny staje się brzegiem dolnym, na nieprawidłowej addukcyi tak, że paluch zbliża się mniej lub więcej do kostki wewnętrznej, wreszcie na zgięciu podeszwowem tak, że pięta jest podniesiona ku górze, a palce zmierzają ku dołowi, wtenczas można prawie teoretycznie wywnioskować, jakie zmiany położenie to musi wywołać w kościach i rzeczywiście przy badaniu anatomicznem zmiany takie znachodzimy. Najwybitniej występują one na kości skokowej i piętowej; w mniejszym stopniu na kości czółenkowatej i sześciennej, jeszcze mniej na kościach klinowych. Z powodu zgięcia podeszwowego stopy kość skokowa wysuwa się ku przodowi i dołowi tak dalece, że kąt między osią podudzia a osią kości skokowej dochodzi do 150°, podczas gdy u dzieci prawidłowo rozwiniętych nie można zgiąć stopy ku dołowi więcej, jak do kąta 130° (Kocher). Wskutek tego nadmiernego zgięcia kość skokowa jest w tylnej swej połowie z góry na dół spłaszczona, ma zatem kształt klinowaty; górna jej powierzchnia stawowa tylko tylną częścią artykuluje z piszczelem, to też tylko ta jej część jest dobrze rozwinięta, podczas gdy na przedniej połowie chrząstka, wskutek nieużycia, wyrodnieje. Obie te części oddzielone są od siebie czasem mniej lub więcej wystającą listewką, poprzecznie przebiegającą. Należałoby się spodziewać, że wskutek silnej addukcyi stopy okręcać się będzie także trzon kości skokowej około swej osi poziomej ku wewnątrz, tymczasem liczne badania, zwłaszcza Adamsa stwierdziły, że część tej kości, tkwiąca normalnie między obu kostkami, zwrócona jest w stopie szpotawej ku zewnątrz, wskutek czego powierzchnia stawowa dla kostki wewnętrznej jest niedokładnie rozwinięta, lub jak to miało miejsce w przypadku badanym przez Kochera zupełnie zanikła tak, że kość skokowa połączona była z kostką wewnętrzną stałą masą włóknistą. Przeciwnie na stronie zewnętrznej powierzchnia stawowa jest dobrze rozwinięta, czasem nawet powiększona. W 3 przypadkach moich badałem wyjęte kości skokowe wprawdzie u dzieci już starszych, 8-mio, względnie 12-letnich i zawsze przekonałem się, że powierzchnia dla kostki wewnętrznej była prawie zupełnie zanikła. W 2 przypadkach u dzieci zmarłych w 10, względnie 12 dni po urodzeniu wskutek pęknięcia przepukliny rdzeniowej, zmiana ta była znacznie mniej wybitna, choć z pewnością powierzchnia wewnętrzna kości skokowych była mniejsza, niż u prawidłowo rozwiniętych dzieci tego samego wieku.

Natomiast po stronie zewnętrznej kości skokowych uzyskanych drogą operacyjną u dzieci starszych, znalazłem zmiany przeciwne od tych, jakie opisał Adams: powierzchnia stawowa była przesunięta ku przodowi, leżała tuż przy szyi tej kości, podczas gdy tylna jej część była prawie pozbawiona powłoki chrzęstnej. Zmiany te dałyby się wytłómaczyć tem, że mocno ku wewnątrz wygięta szyja kości skokowej, na której opierał się przeważnie cały ciężar ciała, niejako wypycha na zewnątrz więcej ku tyłowi położony trzon kości.

Szyja kości skokowej w stopie szpotawej jest mniej lub więcej wygiętą ku wewnątrz; brzeg jej zewnętrzny wydłużony, wewnętrzny skrócony tak, że kąt, jaki otrzymamy, pociągnąwszy jednę linię przez środek górnej powierzchni stawowej, a drugą przez zewnętrzny brzeg szyi tej kości, a wynoszący według badań Shattocka u prawidłowego noworodka 38°, dochodzi przy stopie szpotawej przeciętnie do 48·6°, a nawet w bardzo wybitnych przypadkach do 64°. Badania Scuddera, Kirmissona i Charpentiera doprowadziły, lubo odmienną drogą prowadzone, do takich samych wyników. Doświadczenie moje, uzyskane badaniem 3 kości skokowych dzieci dorosłych (8 i 12 lat) i u dwóch dzieci 10, względnie 12-dniowych, przeprowadzone metodą podaną przez Shattocka, wykazały przeciętnie kąt 51°, a mianowicie w ostatnich przypadkach u jednego dziecka na nóżce prawej 38, na lewej 40°; u drugiego 43 i 53°; na kościach skokowych uzyskanych przez operacyę kąt ten, podług mych pomiarów wynosił 56, 59 i 62 stopnie.

Wskutek tego zboczenia szyi, główka kości skokowej zwrócona jest ku wewnątrz i ku dołowi, powierzchnia stawowa jest często podzielona na dwie części, z których tylko wewnętrzna artykuluje z kością łódkową. Wybitną listewkę, oddzielającą obie te części powierzchni stawowej, znalazłem w jednym z mych przypadków, u dziewczynki 12-letniej, u której wyjąłem w celach leczniczych lewą kość skokową. O znaczeniu etyologicznem tej listewki wspomniałem już wyżej.

Kość piętowa przedstawia również ważne, cechujące dla stopy szpotawej zmiany. Przedni jej wyrostek jest mocno zgrubiały, natomiast tylna część ścieńczała i spłaszczona, *sustentaculum* zmniejszone, czasem prawie całkiem zanikłe. Cała kość piętowa jest ułożona tak, iż oś jej nie przebiega poziomo z tyłu ku przodowi, lecz od tyłu, góry i zewnątrz ku przodowi, dołowi i wewnątrz, a nadto, według spostrzeżeń Kochera, oś ta nie stanowi linii prostej, lecz mniej lub

więcej wybitny kabłąk, wklęsłością zwrócony ku wewnątrz. Wskutek silnego pochylenia ku dołowi, a nadto wysunięcia się kości skokowej ku przodowi, artykuluje kość piętowa z mniejszą lub większą częścią powierzchni stawowej piszczela; powierzchnia stawowa górna (dla kości skokowej) jest przesunięta ku wewnątrz, wypukła i przedzielona tylko mało wystającemi listewkami od powierzchni stawowych, stojących w zetknięciu z piszczelem i kostką zewnętrzną, wskutek czego naturalnie i więzadła między kostką zewnętrzną a kością piętową są znacznie skrócone.

Kość sześcienna przesunięta jest ku wewnątrz i wskutek silnej addukcyi stopy tak skręcona, że górna jej powierzchnia staje się przednią, a w przypadkach wysokiego stopnia nawet dolną. Cała kość jest więcej płaska z powodu braku wyrostka odgraniczającego w prawidłowym stanie rynewkę dla ścięgna mięśnia strzałkowego długiego, a nadto z powodu większego wzajemnego pochylenia się powierzchni stawowej tylnej i przedniej, górna jej powierzchnia przybiera kształt więcej czworograniasty.

Kość czółenkowa przesunięta jest również ku wewnątrz; wskutek skręcenia szyi kości skokowej zbliża się swym wewnętrznym zgrubiałym brzegiem ku kostce wewnętrznej tak, że czasem nawet z nią artykuluje (Roser); natomiast brzegi zewnętrzny i dolny są ścieńczałe, przez co cała kość przybiera kształt klina zwróconego ostrzem ku zewnątrz i ku dołowi.

Kości klinowe przedstawiają względnie małe zmiany; powierzchnie ich stawowe mają kierunek nie prostopadły, lecz przebiegają od góry i przodu na dół i ku tyłowi; nadto położenie ich wzajemne jest zmienione o tyle, że nie leżą jak w stanie prawidłowym obok siebie, lecz prawie jedna za drugą.

W bardzo licznych przypadkach i kości podudzia przedstawiają pewne cechujące zmiany, o których tem więcej wspomnieć należy, że stanowią one często przeszkodę w osiągnięciu szybkiego i stałego wyniku zabiegów leczniczych przy wrodzonej stopie szpotawej.

Najczęściej, lubo nie zawsze zdarzającem się zboczeniem jest skręcenie podudzia na około swej osi podłużnej na wewnątrz, wskutek czego kość strzałkowa, a zwłaszcza kostka zewnętrzna przesunięta jest ku przodowi. Zboczenie to, badane i opisane dokładnie, szczególnie przez Eschrichta, Kochera i Volkmanna, nie jest, jak już wspomniałem, stałe, w niektórych przypadkach może się zdarzyć zboczenie wprost przeciwne, tj., że kości podudzia są okręcone wzdłuż osi podłużnej na zewnątrz. Do przypadków takich, wspomnianych przez Nassego, dodać mogę z mych spostrzeżeń trzy, w których zboczenie to wybitnie występowało. Ciekawy był szczególnie jeden, w którym u chłopca jednomiesięcznego z obustronną stopą szpotawą, na nodze lewej było bardzo wyraźne okręcenie się kości goleniowej ku wewnątrz, wskutek czego kostka zewnętrzna sterczała mocno ku przodowi i prawie dotykała szyi kości skokowej, podczas gdy na nodze prawej, wskutek wprost przeciwnego okręcenia kości podudzia, kostka zewnętrzna przesunięta była znacznie ku tyłowi. W sześciu przypadkach nadto spostrzegałem najczęściej (4 razy) po obu stronach łukowate, wypukłością na zewnątrz zwrócone zgięcie kości podudzia w dolnej trzeciej części. Nasse uważa to, jak sądzę zupełnie słusznie, jako wynik działania ucisku ścian macicy na miękkie, może z powodu krzywicy płodowej nadmiernie miękkie, kości płodu.

Zmiany w częściach miękich przy stopie szpotawej są stosunkowo do stopnia tej wady mniej lub więcej wybitne. Wskutek łukowatego zgięcia całego kośćca stopy, a zatem i wzajemnego zbliżenia się jego części wewnętrznych, muszą też i tkanki miękkie po stronie wewnętrznej uledz skurczeniu i skróceniu. Skróconą więc jest powięź ścięgnista podeszwy, przez co skóra tworzy mniej lub więcej wybitny fałd, przebiegający na szczycie wklęsłości prostopadle od góry ku dołowi, skrócone są mięśnie piszczelowe, tylny i przedni, zginacze palucha i palców, skrócone naczynia i nerwy, jakoteż więzadła między kostką wewnętrzną, a kością skokową, kością piętową, kością czółenkowatą i pierwszą kością klinową. Wskutek stałego i silnego zgięcia stopy ku dołowi, kurczy się również tylna część torebki stawu skokowego, czasami, jak to n. p. opisuje Kocher, część jej tworzy fałd, wciskający się między piszczel a kość skokową, gdzie nawet może częściowo zamienić się w tkankę chrzęstną i tworzy rodzaj menisku. Skutkiem tego samego zgięcia ku dołowi, a zatem podniesienia wyrostka piętowego ku górze, zbliżają się ku sobie punkty przyczepienia m. brzuchatego i spodniego łydkowego, w ślad za tem mięsień się kurczy, masa jego mięsna posuwa się ku górze, podczas gdy dolna część zamienia się w tkankę ścięgnistą. Zmiany te, na które najpierw zwrócił uwagę Joachimstahl, stanowią potem znaczną przeszkodę w przywróceniu prawidłowego działania tego mięśnia.

Wskutek zmiany kształtu stopy zmienia się też wielokrotnie i przebieg ścięgien do nich się przyczepiających. Najważniejsze z nich wymieniam. Rynienka dla ścięgna m. strzałkowego długiego, zamiast po kości sześciennej przebiega po zewnętrznej stronie kości piętowej; ścięgno m. piszczelowego tylnego (tibialis posticus) przebiega w płaskiej rynience na tylnej powierzchni piszczela, pokryte przez ścięgno zginacza palców, schodzi na tylny brzeg kostki wewnętrznej i przyczepia się do tuż obok leżącej kości czółenkowatej; dlatego to podskórne przecięcie tego ścięgna, polecane przez wielu autorów w celu leczenia stopy szpotawej, napotyka na znaczne trudności, na co swego czasu zwrócił już uwagę Roser, a następnie i Brodhurst.

Wskutek łukowatego zgięcia stopy ścięgna przebiegające na jej grzbiecie są przemieszczone ku wewnętrznemu brzegowi i przy każdym skurczu odpowiednich mięśni muszą one naturalnie dążyć do zajęcia położenia cięciwy łuku utworzonego przez stopę, wskutek czego więzadło *fundiforme*, które je przytrzymuje, zostaje rozciągnięte, a nawet punkta jego przyczepienia mogą zostać przesunięte ku wewnątrz tak, że zamiast wychodzić z zatoki stępu (sinus tarsi) przyczep jego przesuwa się na szyję kości piętowej, a nawet na kość czółenkowatą.

Takie przesunięcie się przyczepu więzadeł, jak również zmiany przyczepu mięśnia wyprostnego krótkiego palucha, który zamiast odchodzić od kości piętowej, przyczepia się czasami do szyi kości skokowej, chciał uważać Bessel-Hagen za cechy stopy szpotawej idyopatycznej. Słusznie zwraca uwagę Nasse, że i te zmiany w położeniu ścięgien i mięśni są, jak to starałem się wykazać, wynikiem zmiany funkcyi, spowodowanej przez zmianę wzajemnego stosunku położenia kości.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie, pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

O zmniejszaniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu.

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński.

(Ciąg dalszy).

Przypadki operowane w Szkole położnych, według protokółu szkolnego, przedstawiają się w streszczeniu jak następuje:

I). M. P. lat 45. Nr. prot. 330. z r. 1897. Ciąża I. Położenie płodu podłużne główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 24, D. C = 25, D. T. = 28, *Conj. extr* = 16, *Conj. diagon.* = 8, *Conj. vera* około $6^1/_2$ do 7 ctm. Pierwsze bóle 3. lipca; w nocy pękł pęcherz płodowy. W południe d. 4. lipca badanie wykazało macicę obkurczoną, pierścień skurczowy się tworzy, bóle silne, tętna płodu nie słychać, główka ruchoma nad wchodem miednicy, w pochwie pętla pępowiny nietętniącej, ujście zewnętrzne roztwarte na dwa palce. Po południu pierścień skurczowy na cztery palce poniżej pępka, bóle słabsze, ujście zewnętrzne rozwarte na guldena, główka ruchoma nad wchodem. Wobec tego przystąpiłem do zmniejszenia pojemności główki płodu w wyżej opisany sposób, przyczem musiałem po kawałku usunąć większą część kości czaszkowych. Po wydobyciu główki wielki opór stawiały barki płodu. Z tego powodu ściągnięto, jak to radzi Ribemont-Dessaignes, obie rączki płodu, postępując podobnie, jak przy trudnem uwalnianiu rączek w obec położenia miednicowego płodu. Wprowadziłem zatem pół ręki po grzbiecie płodu, a doszedłszy do łokcia, końcami dwu palców spychając go ku przodowi, wydobyłem po przedniej ścianie klatki piersiowej płodu najpierw jedną, a następnie drugą rączkę. Pociągając następnie za obie rączki, wydobyto płód, który bez mózgu i części kości czaszki ważył 3100 gramów. Operacya trwała około 30 minut. Popłód w całości odszedł po 15 minutach. Z powodu znaczniejszego krwawienia wytamponowano następnie macicę i pochwę gazą kseroformową. Międzykrocze utrzymane w całości. Połóg prawidłowy, bezgorączkowy.

II). M. P. lat 36. Nr. prot 818, z r. 1877 Rodziła raz przed 8 laty siłami przyrody. Ciąża II. Położenie płodu podłużne, czaszkowe, postawa II. Wymiary miednicy: D. S. = 25, D. C. = 27, D. T, = 30. *Conj. extr.* = 17, *Conj. diagon.* = $9^1/_2$, *Conj. vera.* około 8 ctm. Pierwsze bóle 28. listopada wieczorem, w nocy 29. listopada pękł pęcherz płodowy. Rano 29. listopada badanie wykazało: ciepłota = 38·8, tętno 120, pierścień skurczowy można wykazać na jeden palec powyżej pępka; po prawej stronie bardzo wyraźnie czuć nad spojeniem łonowem główkę, okolica ta jest przy dotyku bardzo bolesna, tętna płodu nie słychać. Ujście zewnętrzne rozwarte zupełnie, przedgłowie duże, główka we wchodzie miednicy, daje się jednak łatwo ku górze wysunąć, przyczem odpływa znaczniejsza ilość krwi ciemnej płynnej. Rozpoznano pęknięcie macicy, prawdopodobnie nie zupełne. W uśpieniu chloroformowem (15 gramów) wykonano zmniejszenie pojemności główki sposobem wyżej opisanym i wydobyto płód, który bez mózgu ważył 3000 gramów. Z powodu znacznego krwawienia wydobyto następnie ręcznie popłód i przekonano się, że przednia ściana macicy od strony prawej okazuje pęknięcie warstwy mięsnej na długości około 12 ctm., podczas gdy otrzewna jest nienaruszoną. Następnie odcięto oddzielony przez odgniecenie w czasie porodu przez główkę kawałek wargi przedniej macicy i wytamponowano gazą jodoformową macicę i pochwę, ustalając równocześnie macicę opaską, założoną przez powłoki brzuszne. Cały zabieg trwał 25 minut. Przez pierwszych kilka dni połogu ciepłota wieczorem dochodziła do 38 o C.; po dwóch tygodniach wyszła zdrowa.

III). R. S. lat 20. Nr. prot. 97 z r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 26, D. C. = 27, D. T. = 29, *Conj. extr.* = 17. *Conj diag.* = 9, *Conj. vera* około $7^1/_2$, ctm. Pierwsze bóle 20. stycznia wieczór, 21. stycznia wieczorem pękł pęcherz płodowy. Dnia 22. stycznia w południe badani wykazało: ciepłota = 37·6, tętno 100, pierścień skurczowy sięga do wysokości nie całych dwu palców poniżej pępka, szyja macicy mocno rozszerzona, okolice nad pachwinami przy uciskaniu bolesne. Nad wchodem miednicy duża, twarda, ruchoma główka płodu. Z części sromowych zwiesza się pętla pępowiny nietętniącej; wejście do pochwy i pochwa wązkie, ujście zewnętrzne macicy twarde, niepodatne, przepuszcza wygodnie tylko dwa palce; główka wysoko nad wchodem, kości główki bardzo twarde, szwy wązkie. W obec tego wykonano w uśpieniu chloroformowem (28 gramów) kraniotomię wyżej podanym sposobem, przyczem musiano usunąć przeszło $^1/_3$ część kości główki i przeciąć zupełnie podstawę czaszki. Rozcięcia szyjki na boki nie wykonano. Po wytoczeniu główki ze szpary sromowej nie można było żadną miarą przeprowadzić przez miednicę barków płodu. Z tego powodu, pociągając główkę mocno ku dołowi i stronie lewej, założono szeroki wziernik łyżkowy od spojenia łonowego i strony prawej, a po odsłonięciu w ten sposób, przecięto obojczyk mocnemi nożycami pod kontrolą wzroku. Następnie uchwycono dwoma parami szczypczyków oba końce przeciętego obojczyka, a pociągając za nie, nastawiono w polu operacyjnem i przecięto dwa żebra poczem innemi szczypczykami pociągano za przecięte żebra i przecinano dalsze. W ten sposób dopiero, po przecięciu pod kontrolą wzroku większej połowy klatki piersiowej od góry w kierunku osi podłużnej, wydobyto płód, który ważył przeszło 3000 gramów bez mózgu i przeszło $^1/_3$ części kości główki. Z powodu znaczniejszego krwawienia wydalono popłód przez ucisk z zewnątrz, a następnie wytamponowano macicę i pochwę gazą. Zabieg cały trwał jednę godzinę i 10 minut. Międzykrocze utrzymane zostało w całości. Najwyższa ciepłota = 37.7° C, na drugi dzień po porodzie; zresztą połóg prawidłowy, bezgorączkowy.

IV. W. S. lat 31. Nr. prot. 103 z r. 1898. Rodziła 3 razy, zawsze siłami przyrody. Ciąża IV. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa I. Pierwsze bóle 22. stycznia rano, wieczorem 22. stycznia pękł pęcherz płodowy. Dnia 23. stycznia rano badanie wykazało: ciepłota = 37.9, tętno 112, wymiary miednicy prawidłowe, pierścień skurczowy położony w wysokości pępka, większy opór po stronie lewej, tętno płodu bardzo słabo słyszalne, głuche, wolne, nieregularne, po stronie prawej. Pochwa szeroka, ujście zewnętrzne rozwarte na talara, w polu badania twarz płodu, czoło zwrócone nieco ku stronie lewej i spojeniu łonowemu, bródka zaś ku zatoce krzyżowo-biodrowej prawej, główka mocno wklinowana. Ponieważ wszelkie próby dokonania zwrotu prawidłowego nie udały się, tętno płodu zaś było prawie niesłyszalne, wykonano w obec grożącego pęknięcia macicy kraniotomię wyżej podanym sposobem. Otwór do jamy czaszki zrobiono przez górną ścianę oczodołu, a potem rozszerzono go przez przecięcie w kierunku szwu czołowego. Wydobyty płód bez mózgu ważył 3950 gramów. Zabieg trwał 10 minut. Popłód w pół godziny odszedł w całości. Z powodu krwawienia wytamponowano gazą macicę i pochwę. Połóg prawidłowy, bezgorączkowy.

V). K. S. lat 23. Nr. prot. 211, z r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 19, D. C. = 23, D. T. = 28, *Conj. extr.* = $16^1/_2$, *Conj. diagon.* = nie całe 9, *Conj. vera.* = nie całe $7^1/_2$ ctm. Pierwsze bóle po południu 25. lutego, pęcherz płodowy pękł rano 27. lutego przy ujściu zupełnie rozwartem, główce nad wchodem ruchomej. Rodzącej zaproponowano cięcie cesarskie, na co się bezwarunkowo nie zgodziła. Po południu dnia 27. lutego badanie wykazało: ciepłota = 37·8° C., tętno 110, pierścień skurczowy wybadać się daje w wysokości trzech palców poniżej pępka, tętno płodu słyszalne dobrze, lecz wolne. Wieczorem tegoż dnia ciepłota = 38.0C. tętno 120, pierścień skurczowy do wysokości pępka, tętno płodu wolne bardzo, główka nad wchodem ruchoma, wielka, kości główki bardzo twarde, szwy wązkie, przedgłowie znaczne. Przystąpiono zatem bezwłocznie do rozwiązania rodzącej W uśpieniu chloroformowem (30 gram), założono najpierw kleszcze; gdy jednak po wykonaniu dziewięciu bardzo silnych pociągnięć główka wcale się nie obniżyła, a tętno płodu wśród tego stało się niesłyszalnem, wykonano zmniejszenie pojemności główki sposobem wyżej opisanym. Główkę przeprowadzono przez miednicę dopiero po usunięciu około $^1/_3$ części kości czaszkowych. Ponieważ barki płodu pomimo silnego pociągania nie obniżały się, przeto przecięto pod kontrolą wzroku nożycami większą część klatki piersiowej z przodu, wzdłuż osi podłużnej, tak jak w przypadku trzecim, poczem dopiero wydobyto płód, który bez mózgu i $^1/_3$ części kości główki ważył 3030 gramów. Zabieg cały trwał 45 minut. Pęknięcie międzykrocza pierwszego stopnia spojono dokładnie. Popłód w całości odszedł po 20 minutach. Połóg prawidłowy; raz jeden tylko ciepłota podniosła się do 37.9° C.

VI.) A. K., lat 34., Nr. prot. 233. z r. 1898. Rodziła razy 5. Pierwszy poród — wymóżdżenie płodu; drugi i trzeci przedwczesny siłami przyrody; czwarty poród kleszczowy, piąty — wymóżdżenie. Ciąża VI. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 24, D. C. = 26, D T. = 30. *Conj. extr.* = $17^1/_2$, *Conj. diagon.* = $9^1/_2$, *Conj. vera.* około 8 ctm. Pierwsze bóle 5. marca w południe, rano 6. marca pękł pęcherz płodowy. Dnia 6. marca w południe badanie wykazało: ciepłota podwyższona = 38.3° C. tętno 108, język podsychający, pierścień skurczowy trzy palce poniżej pępka, główka nad wchodem ruchoma, duża, twarda; dolny odcinek macicy zwłaszcza od strony lewej mocno tkliwy przy dotyku; okolica ta znacznie wypuklona, tętno płodu liche, głuche, wolne, czasem nawet nieregularne. Wejście do pochwy i pochwa szerokie, ujście zewnętrzne rozwarte na talara. Na wykonanie cięcia cesarskiego rodząca zgodzić się nie chciała. Założono zatem kleszcze; a gdy po 6 silnych pociągnięciach główka się nie obniżyła, wykonano zmniejszenie pojemności, a właściwie kawałkowanie główki, sposobem podanym wyżej i wydobyto płód, który bez mózgu i części kości główki, ważył około 2900 gramów. Operacya trwała 20 minut Popłód odszedł po 5 minutach. Z powodu znaczniejszego krwawienia wytamponowano macicę i pochwę gazą. W siódmym dniu pobytu wystąpiło podniesienie ciepłoty, jednorazowe do 40° C. z powodu zatrzymania i rozkładu odchodów, a badanie wykazało macicę w nadmiernem przodozgięciu. Zastósowano okłady wysychające na brzuch, odgięcie trzonu macicy i podano sporysz, poczem ciepłota opadła. Zresztą połóg bezgorączkowy; po dziesięciu dniach wyszła z oddziału.

VII. Z. K., lat 30., Nr. prot. 279. z r. 1898. Rodziła raz w VItym miesiącu księżycowym. Ciąża II. Wymiary miednicy: D. S. = 19, D. C. = 24, D. T. = 27, *Conj. extr.* = 17, *Conj. diagon.* = $9^1/_4$, *Conj. vera.* około = 8 ctm. Pierwsze bóle 6. maja, pęcherz płodowy pękł 7. maja rano, przy ujściu rozwartem na koronę. Dnia 9. maja rano pierścień skurczowy wykazać można na trzy palce poniżej pępka; główka ruchoma, tętno płodu wyraźne, lecz wolne, ujście zewnętrzne rozwarte więcej niż na talara, przedgłowie duże. Ponieważ na wykonanie cięcia cesarskiego rodząca się nie zgodziła, założono kleszcze i wykonano 8 silnych pociągnięć, a gdy główka wcale się nie obniżała, tętno zaś płodowe stało się nieregularnem, ledwie słyszalnem wykonano zmniejszenie pojemności i wydobycie główki w sposób wyżej podany. Zabieg trwał 12 minut. Płód bez mózgu ważył 3200 gramów. Popłód odszedł w całości po 30 minutach. Z powodu wiotkości macicy i znaczniejszego krwawienia. wytamponowano gazą macicę i pochwę. Połóg prawidłowy, bezgorączkowy.

VIII. M. B., lat 37, Nr. prot. 453 z r. 1898. Pierwszy poród siłami przyrody, drugi kleszczowy, trzeci i czwarty — wymóżdżenie. Ciąża V. Położenie płodu podłużne, czaszkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 25, D. C. = 27, D. T. = 30, *Conj. extr.* = 17. *Conj. diagon.* $9^1/_4$, *Conj. vera.* = 8 ctm. Pierwsze bóle 27. maja wieczór; pęcherz płodowy pękł 28. maja rano. Dnia 28. maja w południe badanie wykazało: pierścień skurczowy wybadać się daje w wysokości połowy odstępu pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem; główka przyparta od wchodu, tętno płodu dobre, ujście zewnętrzne prawie zupełnie rozwarte. Na wykonanie cięcia cesarskiego rodząca niepozwoliła. Po południu, gdy pierścień skurczowy sięgał na jeden palec poniżej pępka, tętno płodu było wolne, przedgłowie bardzo wielkie — założono kleszcze i wykonano pięć bardzo silnych pociągnięć. Gdy wśród tego tętno płodu stało się nieregularnem, słabo słyszalnem, a główka wcale się nie obniżała, wykonano zmniejszenie pojemności główki w sposób wyżej podany. Dopiero po przecięciu podstawy czaszki główka nagle przeszła przez wchód, poczem wydobyto płód, który bez mózgu ważył 3500 gramów. Operacya trwała 35 minut. Popłód odszedł po 25. minutach w całości. Połóg prawidłowy, bezgorączkowy,

IX. A. K., lat 25. Nr. prot. 510, z r. 1898. Rodziła raz siłami przyrody. Ciąża II. Położenie płodu podłużne, czaszkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 25, D. C. 26, D. T. 29, *Conj. extr.* = 18, *Conj. diagan.* = $10^1/_2$, *Conj. vera.* = 9 ctm; na wewnętrznej powierzchni spojenia łonowego wyrośl kostna. wystająca na 5—7 milimetrów.

Pierwsze bóle nad ranem 24. czerwca; pęcherz płodowy pękł przed południem. Po południu badanie wykazało: ciepłota = 38° C. tętno 96, macica prawie w ciągłym skurczu, pierścień skurczowy cztery cale niżej pępka; główka duża bardzo, twarda. Pochwa szeroka, w niej pętla pępowiny nietętniącej, ujście zewnętrzne rozwarte na talara, główka przyparta tylko do wchodu, przedgłowie. Przystąpiono bezwłocznie do zmniejszenia pojemności główki w sposób wyżej opisany, przyczem usunięto prawie wszystkie kości czaszki tak, że z główki utrzymała się tylko twarz płodu. Po wydobyciu główki przeszkodę stanowiły barki; po odsłonięciu zatem za pomocą wziernika, przecięto klatkę piersiową wzdłuż osi podłużnej płodu; a ponieważ w tym przypadku było dostępniej i wygodniej, wykonano przecięcie klatki piersiowej od tyłu. Przecięcie wypadło w odległości około dwu centymetrów od kręgosłupa, a nie jak w poprzednich przypadkach z przodu. Dopiero po przecięciu prawie całej klatki piersiowej wydobyto płód, który bez mózgu i prawie wszystkich kości czaszki ważył 3600 gramów. Zabieg cały trwał 45 minut. Popłód odszedł po 20 minutach w całości. Tylko w pierwszych 24 godzinach po porodzie ciepłota podniosła się raz jeden do 38° C., zresztą połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

X). R. A., lat 20., Nr. prot. 517., z r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 22, D. C. = 24, D. T. = 27, *Conj. extr.* = 18, *Conj. diagon.* — $10^1/_4$. *Conj. vera.* około $8^1/_2$ ctm. Pierwsze bóle 25. czerwca wieczorem; w południe 26. czerwca pękł pęcherz płodowy; wieczorem badanie wykazało: pierścień skurczowy wybadać można niżej pępka na dwa palce, bóle silne, częste, tętno płodu wyraźnie słyszalne, jednak zwolnione, ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte, główka tylko przyparta do wchodu. nieustalona, przedgłowie bardzo wielkie. Założono kleszcze i, oprócz kilku mniej silnych, wykonano ośm bardzo silnych pociągnień w ciągu godziny, jednak główka wcale się nie obniżała; tętna zaś płodu które wśród tego zabiegu było coraz słabsze i mniej regularne, przy końcu wcale wysłuchać nie było można. Z tego powodu wykonano zmniejszenie pojemności główki i wydobyto płód w przeciągu 11tu minut sposobem wyżej podanym, który bez mózgu ważył 3360 gramów. Z powodu znaczniejszego krwawienia wydalono popłód przez ucisk z zewnątrz, a następnie wytamponowano macicę i pochwę gazą. Międzykrocze utrzymane w całości. W przeciągu pierwszych 24 godzin po porodzie wystąpiło jednorazowe podniesienie ciepłoty do 38.° C., zresztą połóg prawidłowy. —

Przeglądając opis podanych przypadków przyznać musimy, że w niektórych z nich niestosunek porodowy był bardzo znaczny. Jeżeli zmniejszenie pojemności główki w tych przypadkach, a następnie wydobycie płodu w sposób wyżej opisany będziemy uważać za zabieg trudniejszy, to w każdym razie przyznać musimy, że ukończenie porodu sposobem dotychczas powszechnie zalecanym, czy to przy zastósowaniu kranioklastu, czy przy użyciu kefalotrybu, napotkałoby w tych przypadkach również na znaczne trudności.

Mówiąc poprzednio o użyciu wzierników przy zabiegach zmniejszających pojemność główki płodu, miałem na myśli głównie zmniejszenie niebezpieczeństwa zakażenia rodzących; obecnie, po wykonaniu tych zabiegów w większej liczbie przypadków, przyszedłem na podstawie doświadczenia do przekonania, że postępowanie, jak je powyżej opisałem, może zmniejszyć nie tylko możność zakażenia, lecz że i niewątpliwie ułatwia cały zabieg. Na tę właśnie okoliczność pragnę obecnie zwrócić uwagę.

Już samo otwarcie jamy czaszkowej po odsłonięciu główki płodu, a więc pod kontrolą wzroku, musimy uważać za zabieg mniej trudny, aniżeli wykonanie go po omacku, tylko pod kontrolą ręki. Gdy bowiem w pierwszym przypadku operujemy, posługując się dwoma zmysłami, wzrokiem i dotykiem, to w drugim ograniczyć się musimy tylko do jednego z nich, to jest do dotyku.

Największą zaletą jednak postępowania wyżej opisanego jest bezsprzecznie dobre a łatwe ustalenie główki. Ponieważ w przypadkach znaczniejszego niestosunku porodowego główka płodu znajduje się zazwyczaj nad wchodem miednicy, więcej lub mniej ruchoma, przeto do wykonania otwarcia jamy czaszkowej należy ją przytrzymać, czyli usta-

lić. W tym celu już Celsus zalecił ujęcie i przytrzymanie główki za pomocą obu rąk przez powłoki brzuszne; w nowszych czasach polecił to postępowanie Smellie i obecnie jest ono prawie ogólnie przyjęte. Drugi sposób ustalenia ruchomej główki podał Carus, a polega on na założeniu kleszczy na główce i przytrzymaniu za nie. Ponieważ najczęściej zmniejszenie pojemności główki wykonywać musimy wobec bardzo znacznie rozciągniętego i cienkiego dolnego odcinka macicy, przeto wprowadzenie łyżek kleszczy musi bezwarunkowo jeszcze więcej ścianę maciczną rozciągnąć, szyja zaś i rękojeście kleszczy znacznie utrudniają w takim razie otwarcie jamy czaszkowej. Dokładne ustalenie główki przez powłoki brzuszne, wobec bardzo wiotkiej i cienkiej ściany dolnego odcinka macicy, jest rzeczą również nie obojętną, często nawet z powodu bolesności wykonać się daje dopiero po uśpieniu chloroformowem. Jeszcze większe znaczenie ma przytrzymanie główki, bez narażenia na uraz dolnego odcinka macicy, w przypadkach istniejącego już pęknięcia macicy zupełnego, a jeszcze w większym stopniu niezupełnego. Dlatego to ustalenie główki we wzierniku kulociągami, jak to zalecił Phänomenoff, albo co lepiej za pomocą założonych we wzierniku kilku par mocnych na pół tępych szczypczyków z zamknięciem na części miękkie główki, tak jak to ja robię, musimy bezwarunkowo uważać za znaczne ułatwienie i postęp przy wykonywaniu zmniejszenia pojemności główki. W ten sposób bowiem nie tylko możemy ustalić najdokładniej główkę płodu, lecz co ważniejsza, nie narażamy dolnego odcinka macicy na uraz ani od zewnątrz ani też od wewnątrz.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Jahrbuch des bosnisch-herzog. Landesspitales in Sarajevo ł. 1894, 1895, 1896. (Wiedeń, Josef Šafář. 1898).

Poważny (853 stronic), wspaniale, staraniem rządu krajowego bośniackiego, wydany tom, świadczy swą treścią nietylko, że władze tamtejsze wśród prac nad polepszeniem stosunków sanitarnych przyłączonych ziem pomyślały o wzorowym, wedle najnowszych wymagań urządzonym szpitalu, ale że umiały oddać go w ręce ludzi, wśród zajęć szpitalnych pamiętających i umiejętnie przyczyniających się do postępu wiedzy lekarskiej. Stwierdzić to tem milej, że wśród pięciu kierowników oddziałów szpitalnych spotykamy 2-ch zaszczytnie w świecie lekarskim znanych, naszych współziomków; obaj zajmują w sprawozdaniu szpitala w Serajewie poczestne miejsce, Dr. Glück trzema pracami, o których niedawno na tem wspomnieliśmy miejscu, Dr. Wodyński wybornem swem sprawozdaniem prosektorskiem, zawierającem cały szereg zajmujących, a szczegółowo opisanych, spostrzeżeń i, wspólnie z kierownikiem oddziału chorób wewnętrznych, Dr. Koblerem, wykonanemi badaniami nad przypadkami zimnicy, spostrzeganymi w r. 1896. Dr. Kobler pomieścił ze swej strony w sprawozdaniu 4, kierownik oddziału chirurgicznego, Dr. Preindlsberger 3, a jego pomocnik Dr. Mader, jedną, kierownik oddziału położniczego Doc. Dr. Weiss 3 prace naukowe; wszystkie te prace objaśnione są doskonałymi rysunkami w tekscie, których liczba 103 dochodzi. Nadto zawiera sprawozdanie opis szpitala z 12 planami i widokiem, statystykę szpitala i sprawozdania wszystkich oddziałów, nie wyłączając apteki (Prowizor Teich). — Szpital rozporządza 305 łóżkami i w ciągu lat 3 pomieścił 6950 chorych z niezwykle wysokim, bo 90·61% wynoszącym odsetkiem wyleczeń.

Bogatej treści rocznika niepodobna ująć w ramy sprawozdania; ciekawych odsyłamy do oryginału, na który z zazdrością doprawdy patrzyć musimy w kraju naszym; wszak już od lat kilku nawet owych z mnóstwem błędów drukarskich, na lichym papierze, tanio drukowanych sprawozdań ze szpitali krajowych, wydawanych przez władze krajowe dla użytku Sejmu, jesteśmy pozbawieni. Mimowolnie nasuwa się uwaga, żeśmy chyba bardzo ubodzy, skoro nas nie stać na najoszczędniejsze nawet ogłaszanie spraw, w których jawność jest pierwszym i koniecznym warunkiem postępu. — *Z.*

V. Wyciągi.

Doc. Dr. Baurowicz: **O guzach gruczołu tarczykowego wewnątrz krtani i tchawicy.** (Odbitka z *„Archiv für Laryngologie". VIII. Bd. 2 Heft).* Guzy o których mowa, są wielką rzadkością; w literaturze spotykamy zaledwie ośm przypadków: cztery opisane przez Brunsa — i po jednym opisali: Ziemsen, Heise, Paltauf i Baurowicz.

Rozpoznanie przed operacyą postawione było tylko w jednym przypadku Brunsa. W przypadku Heisego, Baurowicza, w dwu innych przypadkach Brunsa i w przypadku Paltaufa rozpoznano wprawdzie przed operacyą guz tchawiczy, — nie określono atoli jego przyrody; — w innych przypadkach dopiero sekcya wyjaśniła przyczynę duszności za życia.

Guzy te są zwykle usadowione na bocznej i tylnej ścianie dolnego odcinka krtani i w górnej części tchawicy, z wyjątkiem jednego przypadku Brunsa, gdzie guz usadowiony był na przedniej ścianie tchawicy. Guzy te są zwykle o szerokiej podstawie, kształtu walcowatego, powierzchni gładkiej, albo guzowatej. Błona śluzowa ponad guzem zwykle prawidłowa. W przypadku Baurowicza błona śluzowa i podśluzowa były zajęte utkaniem gruczołu tarczykowego obok przeobrażenia (metaplazyi) przybłonka walcowatego w brukowy. Guzy te występują u ludzi młodych, zwykle jest jednocześnie i przerost gruczołu tarczykowego.

Co się tyczy sposobu powstawania tych guzów, to są dwie teorye: według jednej (Bruns, Heise, Roth-Radestock) przyczyna ma polegać na odłaczeniu się jeszcze w życiu płodowem kawałka gruczołu tarczykowego w obręb krtani lub tchawicy, według zaś drugiej teoryi (Ziemsen, Paltauf, Baurowicz) przyczyną powstania tych guzów jest przerastanie nawskróś gruczołu tarczykowego przez chrząstki krtani, tchawicy i przez więzadła rozpięte pomiędzy niemi, w głąb krtani i tchawicy. Pierwsi na poparcie swego zdania nie podają żadnych dowodów, zbijając tylko zdanie Ziemsena chcieliby utrzymać w pierwszeństwie swą teoryę. Twierdzą oni, że przeciw teoryi drugiej przemawia: brak, albo nieznaczny tylko przerost gruczołu tarczykowego, niemożność by nowotwór dobrotliwy na sposób złośliwego wrastał w krtań i tchawicę, brak przebicia albo zniszczenia ścian krtani i tchawicy, brak ciągłości pomiędzy guzem a gruczołem tarczykowym.

Drudzy zaś, do których w ostatniej publikacyi przyłączył się Bruns, zbijając zarzuty pierwszych, równocześnie podają dowody: ścisłe złączenie gruczołu tarczykowego z chrząstkami tak, że oddzielenie jednego od drugiego jest niemożliwe; obrazy mikroskopowe, które okazują, że nietylko głębsze warstwy błony podśluzowej, ale i ochrzęstna bywa przeźroczystą tkanką gruczołową; badanie więzadeł pomiędzy chrząstką obrączkową a tarczykową, które wykazuje bezpośrednią łączność pomiędzy guzem a gruczołem. Za teoryą tą przemawia bardzo przypadek Baurowicza, w którym, po wycięciu guza na dnie rany pomiędzy chrząstkami tchawiczemi, widać było brunatno czerwony miąższ, tak charakte-

rystyczny dla tkanki gruczołu tarczykowego. Wreszcie za teorya tą przemawia brak nawrotu choroby po usunięciu operacyjnem guza. Warunkiem zaś, aby fizyologiczna tkanka gruczołu tarczykowego wrastać mogła w głąb krtani lub tchawicy, ma być, według Paltaufa nieprawidłowy, powstały jeszcze podczas rozwoju płodowego zrost gruczołu tarczykowego z krtanią lub tchawicą. Jedyny tylko przypadek Radestecka mógłby przeważyć szalę na korzyść teoryi pierwszej; gdyby nie obraz mikroskopowy, który przemawia nie za utkaniem gruczołu tarczykowego, lecz za gruczolakiem. W przypadku tym guz był usadowiony przy wejściu do prawego oskrzela; łączność więc gruczołu tarczykowego z guzem, szczególnie wobec braku przerostu jego, była absolutnie wykluczona.

Co się tyczy terapii, to jedyną drogą do usunięcia guza jest tracheotomia, względnie laryngofisura.

F. N.

Dr. Karewski: **Przypadek mięsaka kości piszczelowej (tibia), wyleczony resekcyą.** *(Berl. klin. Wchschr.* Nr. 34, 1898). Nowotwory złośliwe kości nie w każdym przypadku dają wskazanie do odjęcia kończyny, jak tego dowodzą dość liczne spostrzeżenia już ogłoszone, do których K. dodaje nowe. U 26-letniej kobiety w okolicy kłykcia wewnętrznego kości piszczelowej rozwijał się powoli guz, okazujący w czasie badania chełbotanie. Niepewne rozpoznanie rozstrzygnęło nakłócie strzykawką. Wobec rozpoznania nowotworu złośliwego zaproponowano chorej wyłuszczenie kończyny w stawie kolanowym, na co jednak ona zgodzić się nie chciała. Spróbowano zatem wydłutowania tylko kości przez nowotwór zajętej — i oddłutowano cały kłykieć wewnętrzny piszczela. Podczas operacyi zauważono zmiany degeneracyjne w nowotworze. Badanie drobnowidowe guza wykazało: *sarcoma myelogenes gigantocellulare.* Badanie w $1^1/_2$ roku później wykazało, że guz wcale nie odrasta, ruchomość w stawie b nieznaczna i kolano szpotawe *(genu varum)*, tłómaczące się tem, że teraz kość udowa tylko kłykciem zewnętrznym opiera się na odpowiednim kłykciu piszczela. *Herman.*

Dr. E. Welcke: **O pewnym, niespostrzeganym pasorzycie w posokowatym wysięku opłucnowym.** *(Münch. med. Wchschr.* Nr. 34, 1898). W. widział pod drobnowidem w wysięku opłucnowym, uzyskanym przez nakłócie, pasorzyty duże, długie na 100—140 μ, okazujące na jednym z końców zgrubienie, ale nie stałe. Niektóre osobniki podobne były do *cercomonas intestinalis.* Bakteryologicznie udało się stwierdzić w wysięku tylko paciorkowca ropotwórczego. Przypadek zdarzył, że dalsze badania, mające na celu rozwiązanie zagadki, związanej z owymi pasorzytami, nie mogły być przeprowadzone. *Herman.*

Prof. Dührssen: **O tamowaniu krwawienia macicznego za pomocą miejscowego działania pary wodnej.** *(Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 38, 1898). Przed czterema laty począł stosować Sniegirew parę wodną w celu tamowania zbyt obfitego krwawienia miesiączkowego. Przyrząd służący do wytwarzania pary wodnej składa się z blaszanego kociołka, ogrzewanego wyskokiem, z kociołkiem łączy się rurka metalowa za pomocą gumowego węża. Para wodna, ogrzana w kociołku do 100° C. i wyżej, przechodzi rurką metalową do cewnika również metalowego, zaopatrzonego w otwory, a który przed połączeniem z rurką wprowadza się do jamy macicy. Sniegirew stosuje w ten sposób parę przez przeciąg jednej minuty, a przy krwawieniach w czasie przejściowym nawet dłużej; po czterech dniach radzi ponowne stósowanie pary.

Dührssen podaje cztery przypadki, w których użył powyższej metody. Rozchodziło się o osoby, u których krwawienia były tak silne i uporczywe, że zagrażały życiu. W jednym przypadku, po stósowaniu pary przez dwie minuty, odszedł w 9 dni skrzep w kształcie odlewu macicy i krwawienie się powtórzyło. Autor uciekł się powtórnie do naparzania, tym razem posiedzenie trwało $1^1/_2$ minuty i krwawienię już więcej się nie pojawiło, natomiast badanie zgłębnikiem, po 20 dniach przedsięwzięte, wykazało, że jama macicy prawie całkowicie zanikła, bo już na $^1/_4$ ctm. ponad ujściem zewnętrznem. Badanie drobnowidowe skrzepu, który odszedł dziewiątego dnia, wykazało w nim obecność błony śluzowej, wraz z przylegającą częścią warstwy mięsnej; nic dziwnego, że po tak dokładnem usunięciu błony śluzowej, wnętrze macicy mogło zaniknąć. Podobny wynik otrzymał autor i w innych trzech przypadkach i, na podstawie tych doświadczeń, doradza D. stosowanie pary przez 2 minuty tylko wobec krwotoków wyczerpujących siły, u osób około 40 roku życia, cierpiących na przewłoczne zapalenie miąższu macicy, powikłane z zapaleniem błony śluzowej, lub mających małe śródścienne włókniaki. W tych przypadkach, przez stósowanie naparzania, oszczędzamy chorym cięższych i bolesnych zabiegów operacyjnych, a nadto przy włókniakach nietylko usuwamy krwawienie, niszcząc błonę śluzową, lecz równocześnie, przez wywołanie sztucznego braku miesiączki, usuwamy nawały krwi do części rodnych, co może wpłynąć korzystnie na zanikanie włókniaków.

U osób młodych, zwłaszcza takich, które jeszcze nie rodziły, nie radzi autor stósować pary dłużej nad $^1/_4$ minuty i poprzestaje na jednem posiedzeniu, a nie powtarza naparzania po czterech dniach, jak chce Sniegirew. Gdy szyja macicy jest bardzo wązka, cewnik metalowy rozgrzany, przylegając ściśle do błony śluzowej, może zniszczyć takową zupełnie, jak to miało miejsce w jednym przypadku, opisanym przez D., w którym u młodej osoby po leczeniu parą wytworzyło się zarośnięcie ujścia zewnętrznego i krwistek maciczny. W takich przypadkach radzi autor osłonić cewnik drenem gumowym. Oprócz powyżej wymienionych wskazań radzi autor stósować parę wodną przy rzeżączce błony śluzowej szyi i trzonu macicy, tudzież przy *endometritis putrida* i *septica puerperalis* w celu zniszczenia drobnoustrojów, umiejscowionych w ścianie macicy, zanim sprowadzą ogólne zakażenie. *Piotrowski.*

Aleksander Simon: **O działaniu soli glauberskiej na czynności żołądka.** *(Zeitschr. f. klin. Med.,* T. 35, 1898). Istnieje cały szereg prac — między nimi wiele polskich — o wpływie wody karlsbadzkiej na czynność żołądka; pojedyncze jednak jej składniki mało były dotąd uwzględniane. Autor zajmuje się działaniem soli glauberskiej, składnika odgrywającego ilościowo i jakościowo największą rolę w wodzie karlsbadzkiej. Doświadczenia przeprowadzono na 18 chorych, a podawano im codziennie na czczo 200 grm. wody, o zawartości 0·5% soli glaub., ogrzanej do ciepł. 40° C.; przy badaniu żołądka posługiwano się śniadaniem próbnem Ewalda. Ze spostrzeżeń autor wyciąga następujące wnioski:

Systematyczne podawanie soli glauberskiej (0·5—1%) na czczo przez 2—3 tygodnie wywiera korzystny wpływ na śluzowy nieżyt żołądka, pojawia się bowiem wkrótce wolny HCl., a kwasota stopniowo podnosi się już do stanu prawidłowego. W nieżytach zanikowych, niedomodze wydzielniczej, towarzyszącej np. gruźlicy, rakowi, w rozstrzeni żołądka i zaburzeniach ruchowych skutek bywa zwykle mały. Również korzystnego wpływu nie można zauważyć przy zaburzeniach żołądka na tle nerwowem bez zmian lokalnych i przy nadmiernem wydzielaniu kw. solnego (1 przyp.). Jednorazowa mała dawka może lekko obniżać chemiczną czynność żołądka, natomiast silnie pobudza robaczkowy ruch żołądka i jelit.

Działanie więc soli glauberskiej w dawkach wspomnianych wpływa pod wielu względami analogicznie do działania wody karlsbadzkiej, a tylko nie obniża nadmiernej kwasoty żołądka. *Dr. Rencki.*

Prof. Orszanskij: **Wypocina w 3-ej komorze mózgowej** *(Wracz,* Nr. 36, 37 i 38, 1898). U 37 letniego, poprzednio zupełnie zdrowego i dziedzicznie nieobciążonego mężczyzny nagle wystąpiły zawroty głowy, zataczanie się, drganie gałek ocznych, podwójne widzenie i osłabienie wzroku. W ciągu paru dni przyłączyły się do objawów powyższych skurcze przelotne w mięśniach twarzy, czkawka, kilkakrotne wymioty, osłabienie prawych kończyn, zaburzenia czucia

(analgezya w zakresie 1-ej gałęzi n. trójdzielnego, parestezye w zakresie nn. szyjnych, termoanestezya i termoanalgezya w dolnej $^1/_3$ części podudzi i na częściach płciowych), niejakie utrudnienie i częstsza potrzeba oddawania moczu; prócz tego można było stwierdzić słaby szmer skurczowy u koniuszka serca i nieznaczne przyspieszenie tętna; zresztą w narządach wewnętrznych żadnych zmian wykazać nie było można. Objawy te, przy odpowiedniem zachowaniu się chorego, ustępowały tak, że po 6 tygodniach pozostało tylko upośledzone czucie skórne na ciemieniu i podeszwach. Autor, opierając się na anatomicznej budowie i na badaniach Bechterewa co do fizyologicznej czynności 3-ej komory (istota szara dna i ścianek 3-ej komory stanowi specyalny narząd równowagi, drażnienie zaś ścianek tej komory powoduje przymusowe ruchy różnych mięśni, między innemi także i drganie gałek ocznych — *nystagmus*), sądzi, iż musi istnieć samoistny kliniczny obraz wypociny zapalnej w dolnej części 3-ej komory, pod który to obraz podciąga i swój przypadek tembardziej, że żadną ze znanych postaci chorobowych, organicznych i czynnościowych, całkowicie wyjaśnić go nie jest w stanie. Zawroty głowy, zataczanie się, drganie gałek ocznych wyjaśnia wprost wypocina w 3-ej komorze; lekkie porażenie jednej z gałęzi n. okoruchowego i n. twarzowego daje się wyjaśnić uciskiem wypociny na włókna tych nerwów, przebiegające w dnie 3-ciej komory — to są objawy komorowe; skutkiem obecności wypociny w 3-ej komorze w otoczeniu powstać musiały zaburzenia w krążeniu, czem się tłómaczą wymioty, czkawka, czasowe osłabienie kończyn i t. p. Analgezyę w zakresie n. V. tłómaczy autor uciskiem wypociny na włókna czuciowe, przebiegające z boku od *aquaeductus Sylvii*; parestezye na szyi dają się wytłómaczyć ścisłym związkiem włókien zstępujących n. trójdzielnego z włóknami wstępującemi rdzeniowemi, lub też bezpośrednim uciskiem na włókna rdzeniowe wstępujące. Trudniejsze do objaśnienia są zaburzenia czucia na kończynach dolnych, choć i one staną się zrozumiałemi, jeśli wziąć pod uwagę tę okoliczność, że włókna z dolnych części, biegnąc w rdzeniu ku górze, zwracają się ku jego środkowej części tak, iż w okolicy pętli (laqueus) muszą przebiegać tuż przy szwie (raphe), a więc najprędzej uledz mogą uciskowi. Utrudnione oddawanie moczu stawia autor w związku z termoanestezyą nóg. Cały ten obraz chorobowy czyni autor zależnym od niepostrzeżenie przebiegającej sprawy zakaźnej (grypa lub zapalenie osierdzia), na którą wskazywały przyspieszone tętno i objawy ze strony serca. Podobnych przypadków autor spostrzegał już kilka. W końcu zwraca autor uwagę na możliwość ścisłego związku między komórkowem zapaleniem opon, a syringomyelią, za czem przemawiać się zdaje podobieństwo zaburzeń w czuciu skórnem; prócz tego komórkowe zapalenie opon, które u dzieci często przebiegać może niepostrzeżenie pod postacią rozmaitego rodzaju drgawek, musi prowadzić do następowego rozszerzenia przewodu centralnego i do powstrzymania rozwoju jego wiotkich ścianek; w ten sposób zapewne dałoby się wytłómaczyć wiele przypadków syringomyelii bez uciekania się do nieprawidłowego rozwoju płodowego. Również przebytem w dzieciństwie komórkowem zapaleniem opon i następowem zwyrodnieniem ścian komory III. być może dadzą się z czasem wytłómaczyć drgawki w wielu nerwicach, jak pląsawicy, histeryi i t. d. *Gliński.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekarsk. galic.

Posiedzenie naukowe w dniu 11 listopada 1898.

Przewodniczący: kol. prof. Machek. Obecnych członków 52.

1) Przewodniczący przedstawia 3 nowych członków Sekcyi koll. doc. Sieradzkiego, Kreutza i Bednarskiego.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Kol. prof. Machek, jako przewodniczący przedstawia wniosek Wydziału: »Sekcya uchwala, że po każdem posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic wydział przesyła dziennikom politycznym krótkie i rzeczowe sprawozdanie«.

Po bardzo ożywionej rozprawie przyjęto wniosek Wydziału z poprawką kol. Bylickiego, aby także i zapowiadać posiedzenia Sekcyi w dziennikach, w zapowiedzi takiej jednak nie wymieniać prelegentów.

4) Kol. Stachiewicz imieniem Wydziału referuje w sprawie urządzenia czytelni pism peryodycznych lekarskich w lokalu Sekcyi. Wobec istniejącej już podobnej czytelni w bibliotece uniwersyteckiej i poliklinicznej przyjęto wniosek Wydziału porozumienia się z czytelnią uniwersytecką, a nie stwarzania nowej.

5) Kol. prof. Machek, imieniem Wydziału, przedkłada wniosek wybrania komisyi, któraby rozpatrzyła się w statutach Towarzystwa lek. galic. i w ciągu 14 dni przedłożyła ewentualne zmiany, a mianowicie konkretne wnioski unormowania stosunku Sekcyi lwowskiej do Tow. lek. galic w sposób ten sam, co Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Wniosek przyjęto, a do komisyi wybrano koll.: Merunowicza, Macheka, Gluzińskiego, Bylickiego, Piska, Szulisławskiego, Różańskiego, Festenburga i Hojnackiego.

6. Kol. Bylicki wyłożył rzecz p. t. »Przyczynek do etyologii zwyrodnienia śluzakowatego włókniaków macicy«. (Będzie ogłoszone drukiem). W dyskusyi zabierali głos koll.: Pisek i Obtułowicz.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

VII. Korespondencya.

Paryż dnia 25 listopada 1898 r.

II.

Ruch w towarzystwach naukowych w ubiegłym miesiącu dość już poważnie się przedstawił w stosunku do miesięcy poprzedzających.

W Akademii Lekarskiej przez parę posiedzeń toczyły się rozprawy, wywołane przez pracę Lancereauxa: *O leczeniu tętniaków zapomocą wstrzykiwań podskórnych żelatyny.* Przytoczył on trzy nowe przypadki, — dwa tętniaki aorty i jeden tętnicy podobojczykowej prawej, które tym właśnie sposobem zostały wyleczone. L. rozpuszcza 2 grm. żelatyny w 100 grm. roztworu fizyologicznego i naraz wstrzykuje 200 do 250 centym. sz. tego roztworu, powtarzając te wstrzykiwania wielokrotnie i przez czas długi, aż do zniknięcia tętniaka (średnio 15 wstrzyknięć w ciągu kilku miesięcy). Żelatyna ma tu działać w ten sposób, że spowodowuje krzepnięcie krwi wewnątrz tętniaków. Metoda ta wszakże ma dawać dobre wyniki jedynie w przypadkach tętniaków workowatych (sacciformes). Huchard przytacza przypadek wielkiego tętniaka aorty, wyleczonego po jakich 15 wstrzyknięciach roztworu żelatyny; doradza jednak oględność w ich stósowaniu. Znane bowiem są mu dwa przypadki tętniaków, w których ta metoda leczenia stała się przyczyną śmierci. Wobec tego, Huchard proponuje używać do wstrzykiwań 1%-ego roztworu żelatyny, oraz robić wstrzykiwania w odstępach czasu dość odległych, zalecając przytem chorym zachowanie zupełnego spokoju. Laborde uznaje wpływ żelatyny na krzepnięcie krwi. Zdaniem jego wszakże, żelatyna znajdująca się zwykle w handlu, nie jest całkowicie rozpuszczalną; mamy tu przeto do czynienia nie z roztworem rzeczywistym, lecz z bardzo drobnemi cząsteczkami żelatyny będącemi w zawieszeniu w roztworze fizyologicznym. Wskutek tego niewiadomo, czy w ogóle cząsteczki owe po wstrzyknięciu podskórnem dostają się do krwiobiegu, a jeżeli tam przenikną, to mogą być wniesione prądem krwi w różne miejsca zdala nawet od tętniaka i tam wywoływać skrzepy. Sądzi więc on, iż należałoby wstrzykiwania żelatyny robić albo do wnętrza samego tętniaka, albo też przynajmniej w najbliższe jego sąsiedztwo. Lance-

reaux odpowiada, iż niczem nie jest udowodnione istnienie cząstek stałych w roztworze żelatyny. Ponieważ do wywołania skrzepu potrzebne są dwa warunki: niezupełna gładkość ścian naczynia, oraz zwolnienie krwiobiegu w danym punkcie, warunki, które właśnie i tylko w tętniaku spotykamy, przeto żadna obawa nie grozi powstania skrzepu w innem jakiem miejscu układu krwionośnego.

Jonnesco podaje wyniki 23 operacyj splenektomii, których dokonał 22 razy z powodu zakażenia zimniczego, a raz z powodu wielkiego torbiela wodunkowego (Kyste hydatique) śledziony. Z operowanych, jeden chory zmarł wskutek krwotoku następowego, a siedmiu — z powodów od operacyi niezależnych. W ogóle jednak operacya ta oddziaływa bardzo dodatnio na stan chorych. Peraire i Mally próbowali z dobrym wynikiem w 6 przypadkach stopy szpotawej porażennej łączyć zapomocą przyszycia ścięgna mięśni porażonych, ze ścięgnami mięśni zdrowych: w 3-ch przypadkach połączyli oni ścięgno m. piszczelowego przedniego ze ścięgnem m. długiego wyprostnego palucha; w dwóch — ścięgna mm. strzałkowych ze ścięgnami Achillesa i raz jeden wreszcie ścięgno m. piszczelowego przedniego ze ścięgnem Achillesa.

W Towarzystwie Chirurgicznem najżywsze rozprawy toczyły się nad sprawą *leczenia operacyjnego rwy twarzowej*. Wszczął ją Guinard, podając 9 własnych spostrzeżeń, w których: 3 razy robił resekcyę brzegu zębodołowego (jeden wynik pomyślny), 8 razy wycinał zwój Meckela z resekcyą nerwu szczękowego górnego (6 razy pomyślnie) i raz jeden wyciął zwój Gassera z dobrym i ostatecznym wynikiem. Do tej ostatniej operacyi radzi on jednak uciekać się wtedy dopiero, gdy inne prostsze zawiodą. Poirier gorąco zaleca operacyę wycięcia zwoju Gassera; spotyka wszakże przeciwników w osobach Schwartza i Potherata; ostatni jest zwolennikiem resekcyi m. szczękowego górnego. Wreszcie Gérard-Marchant przytacza 2 nowe własne przypadki, w których wyciął zwój Gassera z wynikiem jak najbardziej pomyślnym. Chauvel w imieniu Dubujadouxa opowiedział o nowym przypadku stłuczenia brzucha wskutek kopnięcia konia, przypadku, który nie przyczynia się do ułatwienia rozpoznania następstw tego urazu. Mianowicie, w ciągu kilku godzin po uderzeniu nic nie zwiastowało uszkodzeń wewnętrznych i brzuch, wbrew opisom klasycznym, był zupełnie miękki i nie było żadnego skurczu mięśniowego. Po pewnym wszakże czasie wzdęcie brzucha i ból, zajmujący całą jego powierzchnię, skłonił lekarza do laparotomii. Stwierdzono zapalenie otrzewnowe i znaleziono trzy rany na jednej z pętli kiszkowych. Chora po operacyi wyzdrowiała. Reclus przytacza z własnej praktyki podobny przypadek i zaznacza, że od tego czasu jest w przypadkach podobnych stłuczeń, zwolennikiem laparotomii rozpoznawczej. Delorme również przyznaje, iż widział przypadki silnych uszkodzeń kiszkowych po stłuczeniu, bez skurczu mięśni brzusznych, jak również skurcz tych mięśni bez żadnych uszkodzeń wewnętrznych. Gérard-Marchant mówił: *O leczeniu wola z wysadzeniem gałek ocznych zapomocą resekcyi nerwu współczulnego w części szyjnej*. Resekcya częściowa tego nerwu, zdaniem jego, powinna być stale stosowaną. Sam on wykonał 7 podobnych operacyj: w 2-ch przypadkach chorzy zostali zupełnie wyleczeni, w 2-ch zaś innych nastąpiło tylko znaczne polepszenie; 2 przypadki nie dały żadnego wyniku, a jeden skończył się śmiercią. Ze względu wszakże na stale złe wyniki tyroidektomii, uważa on tę operacyę jeszcze względnie za najlepszą.

W Towarzystwie lekarzy szpitalnych — Dalché opowiedział następujący przypadek: chora 45-letnia dotknięta zapaleniem opon mózgowych, zaczynała już czuć się lepiej, chociaż porażenie połowicze po stronie lewej jeszcze trwało. W tym właśnie czasie rekonwalescencyi dozorująca ją 19-letnia dziewczyna dostała zapalenia rogów przednich rdzenia pacierzowego: obie jej nogi zostały porażone ze zniesieniem odruchów, a z zachowaniem czucia. Dalché przypuszcza, że w tym przypadku nastąpiło zarażenie się, tem ciekawsze, iż wystąpiło w okresie powrotu do zdrowia pierwszej chorej. Fernet podaje spostrzeżenie dziewczyny 22-letniej, dotkniętej gruczolakiem chłonnym w gruczołach szyi, śródpiersia i pachy, oraz podobnym nowotworem wewnątrz kręgosłupa, uciskającym rdzeń, co spowodowało porażenia obustronne. Leczono ją wstrzykiwaniami naftolu kamforowego w tkankę schorzałych gruczołów. Dokonano tych wstrzykiwań 13 i zauważono zmniejszenie się niektórych gruczołów na szyi i w śródpiersiu, chora jednak w tym czasie umarła na różę w twarzy. Leczone gruczoły, jak wykazała sekcya uległy martwicy masowej. Martwina gruczołów, jak doświadczenie poucza, zostaje zwykle wessana, lub wydalona na zewnątrz. Leczenie zatem takie wydaje się autorowi właściwem. Przeszczepienie na świnkę morską kawałka gruczołu nieleczonego w przytoczonym przypadku, wywołało nowotwory gruczolaków chłonnych.

Babiński stwierdza, że w większości przypadków wiądu rdzenia pacierzowego spotyka się zaburzenia w odruchach ścięgna rzepkowego i ścięgna Achillesa. Zdaniem jego można z tego punktu widzenia podzielić tabetyków na 4 następujące kategorye: 1) gdy oba te odruchy z obydwóch stron zanikają; 2) gdy niema zaniku właściwego odruchów, a są tylko zaburzenia w ich rozkładzie: to z jednej tylko strony znajdujemy obadwa odruchy, podczas gdy z drugiej strony ich niema, to znów na jednej nodze jest odruch rzepkowy, a na drugiej tylko odruch ścięgna Achillesa; 3) gdy odruch rzepkowy zanika, lub jest nieprawidłowym, podczas gdy odruch ścięgna Achillesa pozostaje nienaruszonym; 4) wreszcie, gdy odruch rzepkowy jest prawidłowym, a odruch ścięgna Achillesa zanika, lub jest zmienionym. Rendu przytacza przypadek silnego majaczenia (délire) po zażyciu salicylanu sodowego. Przepisał on chorej na gościec sześć gramów dziennie tego przetworu, jeden gr. co dwie godziny, Na drugi dzień leczenia, wieczorem, dostała chora dreszczów. a później majaczenia z omamami, które trwało 36 godzin, następnie zaś przeszło bez śladu. Ciepłota nie przewyższała 38° C.; moczu chora, podczas majaczenia, oddawała bardzo niewiele; zawierał on obficie białko i indykan. Obecnie, chora ta jest już zupełnie zdrowa. Siredey, spostrzegał chorą, dotkniętą niedomykalnością zastawki dwukończystej, która podczas ciąży ciągle pozostawała pod groźbą niedoskurczu serca (asystolie), a oprócz tego, trzy razy zagrażały jej życiu zatory płucne. Płód umarł około 6-go miesiąca ciąży. Wtedy odrazu zaburzenia sercowe ustały i zdrowie chorej się poprawiło. Poród jednak nastąpił dopiero w 63 dni po śmierci płodu. Przebieg jego był prawidłowy.

W Towarzystwie Biologicznem oświadczył Keim, że z badań jego nad laktozą wynika, iż przetwór ten, podany kobietom podczas porodu, w ilości 0·25, na ćwierć szklanki mleka, pobudza kurcze maciczne i przyspiesza poród. Laktoza działa również w przypadkach poronienia zupełnego, jeżeli po wydaleniu płodu łożysko zostało zatrzymane. Sama zaś przez się poronienia nie wywołuje.

W. Kania.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — za miesiąc listopad, 1898.

W miesiącu tym leczono ogółem 25 osób; w liczbie tej 6 osób, pozostałych w leczeniu z m. października i 14 — pozostających nadal w leczeniu na m. grudzień 1898.

Wykaz liczbowy ze względu na rodzaj pokąsania.

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	—	1	1
w kończyny górne	1	2	18	21
w kończyny dolne i tułów	—	2	1	3
w ciało nagie	1	2	16	19
przez ubranie	—	2	4	6
Liczby ogólne	1	4	20	25

W 24 wypadkach zwierzętami kąsającemi były psy, w jednym zaś kot.

Kraków, dnia 30 listopada, 1898.

O. Bujwid.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 8 grudnia 1898 r.

† Dr. Jan Harajewicz

b. długoletni dyrektor szpitala św. Łazarza w Krakowie, zasłużony obywatel i niegdyś wielce wzięty lekarz, zmarł d. 4 b. m. w naszem mieście, w 77 roku życia.

Otrzymujemy następującą odezwę:

W celu uczczenia trwałym pomnikiem pamięci prof. Alfreda Obalińskiego Wydział lekarski Uniw. Jagiell. i Towarzystwo lekar. krak. uchwaliły wmurowanie pamiątkowej tablicy w kościele Św. Anny z portretem ś. p. profesora i odpowiednim napisem. Przeprowadzenie tej sprawy poruczono wspólnie wybranemu Komitetowi, który celem zebrania potrzebnego funduszu zwraca się niniejszem do kolegów, uczniów, przyjaciół i wdzięcznych pacyentów śp. Obalińskiego.

Niemal pełne trzydzieści lat pracował ś. p. Obaliński w Krakowie jako kierownik wielkiego oddziału chirurgicznego, jako profesor wszechnicy i lekarz praktyczny. Przynajmniej kilkudziesięciu lekarzy w Galicyi zawdzięcza Jemu swoje zawodowe wykształcenie chirurgiczne, a więc i możność pomagania cierpiącym, jakoteż w wielkiej części swój byt. Kilka dziesiątek tysięcy chorych przesunęło się przez jego ręce; wielu z nich, nawet bardzo wielu, ocalił życie swoją zręcznością, pracą, wysiłkiem swego umysłu i swem szczerem oddaniem się; — innym ulżył w ich cierpieniach, a nikomu z pewnością nie sprowadził szkody na zdrowiu przez zaniedbanie lub nieświadomość, gdyż ś .p. Obaliński był i pozostanie na długo wzorem pracowitości, sumienności i dobrej woli dla wszystkich. Do wdzięczności pozostałych nabył On praw bardzo wiele.

Komitet odwołuje się do tego uczucia w przekonaniu, iż nie spotka go zawód lecz uznanie za to, że nastręcza wszystkim sposobność spłacenia długu wdzięczności śp. Obalińskiemu, a to przez nadesłanie datku na tablicę pamiątkową do rąk p. Dra M. Rutkowskiego (Kraków, klinika chirurgiczna).

Prof. Dr. Jordan — Dziekan Wydziału lekarskiego. *Prof. Dr. Kostanecki*

Prof. Dr. Trzebicky *Dr. M. Rutkowski.*

Ogłaszając powyższą odezwę, oświadczamy jednocześnie, że Redakcya *Przeglądu Lekarskiego* prowadzić będzie imienny wykaz nadesłanych składek.

(*Gazeta Lekarska*). Nakładem Kasy Mianowskiego wyszło z druku dzieło nieodżałowanego, a tak przedwcześnie zgasłego St. Krysińskiego, p.t. „Słownictwo Anatomiczne". Część I i II. Pod prasą znajduje się jeszcze część III, której druk w krótkim czasie będzie ukończony. Cokolwiekbądź krytyka powie o tem dziele, trzeba przyznać, że jest ono owocem mozolnej, benedyktyńskiej pracy, przedsięwziętej z zaparciem się siebie przez umiłowanie języka ojczystego i nauki. Całe dzieło składa się z 3 części: Część I jest tłómaczeniem znanego dzieła Hissa «Anatomische Nomenklatur» z tą jednak różnicą, że każdy termin, podany przez Hissa tylko po łacinie, Krysiński przetłómaczył na odpowiedni termin polski. Część druga zawiera słownik abecadłowy nazw anatomicznych łacińsko-polski i polsko-łaciński. Część trzecia zawierać będzie słownik etymologiczny, w którym podane jest pochodzenie, a poniekąd i historya każdego terminu anatomicznego. Pracę powyższą śp. Krysiński pozostawił w rękopisie, a wydaniem jej zajął się z nadzwyczajną gorliwością i pietyzmem kol. St. Markiewicz z pomocą kol. A. Puławskiego, B. Sawickiego i A. Śmiechowskiego. Przekładu wstępu i ważniejszych objaśnień w części I-ej dokonał kol. Wilhelm Knappe. Bajecznie nizka cena dzieła (tom po 75 kop.) powinna mu zapewnić jak najszersze rozpowszechnienie wśród lekarzy i studentów.

* Trzeci międzynarodowy Zjazd położniczo ginekologiczny odbędzie się w Amsterdamie od 8 do 12 sierpnia 1899 r.

* Petersburgska Akademia wojskowo-lekarska obchodzić będzie w d. 18 (st. st.) b. m. stóletni jubileusz swego założenia. Zaproszenia na obchód uroczysty rozesłano wszystkim uniwersytetom rosyjskim i zagranicznym.

* Rząd w Japonii wydał rozkaz, ażeby wszystkie szkoły publiczne miały stałych lekarzy szkolnych.

* Z powodu wiedeńskiej dżumy podpisało 130 lekarzy berlińskich podanie do rządu, ażeby przy szpitalu *Moabit* zbudowano piec do palenia zwłok.

* Jubileusz cesarza Franciszka Józefa natchnął mądrą myślą wiedeńską gminę izraelicką, która, w celu uczczenia panującego, położyła w dniu jubileuszu kamień węgielny pod szpital dla chorób zakaźnych.

* Krakowska gmina izraelicka utworzyła w d. jubileuszu cesarza Franciszka Jozefa oddział dla nieuleczalnych przy istniejącym szpitalu.

* W Tamatawa (na Madagaskarze) wybuchła epidemia złośliwej dżumy gruczołowej. Z Paryża wysłano 10 lekarzy i znaczny zapas surowicy przeciwdżumowej.

Mianowania i odznaczenia. Z powodu jubileuszu cesarskiego otrzymali odznaczenia: Order żelaznej korony III klasy: prof. U. J. Stopczański i członek Wydziału kraj. Dr. Fr. Hoszard. Krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa: krajowy inspektor sanitarny Dr. J. Barzycki; prymaryusz szpitala w Białej, Dr. J. Bogdanik, burmistrz m. Rzeszowa Dr. S. Jabłoński; burmistrz w Komarnie poseł Dr. L. Jakliński; krajowy inspektor sanitarny Dr. Z. Lachowicz; Dr. Wł. Ściborowski i dr. E. Stroynowski. Tytuł radców cesarskich otrzymali: Dr. H. Ebers, dr. L. Rosenzweig i dr. St. Sołtysik. Tytuł starszego lekarza powiatowego: Dr. G. Bielański i Dr. Z. Dzikowski. Złoty krzyż zasługi z koroną otrzymali: burmistrz w Mikulińcach Dr. L. Brudziński i burmistrz w Dobromilu Dr. L. Cwiklicer.

Prócz wymienionych otrzymali: krzyż kawalerski, orderu Franciszka Józefa: prof. Dr. Hofmokl w Wiedniu, prof. Dr. K. Chodounsky w Pradze; Order żelaznej korony III klasy: Prof. Dr. Horbaczewski w Pradze. Szlachectwo otrzymał poseł Dr. Wolan w Czerniowcach.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Spondly, prof. nadz. położnictwa w Zurychu. Prezydent lekarskiej Izby, Dr. L. Flatow — w Berlinie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. *W Przeglądzie Dentystycznym* (Zeszyt 11): Dr. Kołakowskiego: F.: Plombowanie złotem genewskiem. Zielińskiego W.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. Kohna F.: Doraźne dorobienie zęba do protezy kauczukowej bez wulkanizowania. W *Medycynie Nr. 49*: Dr. Ołtuszewskiego: Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Dr. Rosenthala J.: Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala starozakonnych w Warszawie 1896—1897 (c. d.). *W Gazecie Lekarskiej* Nr. 49: Żebrowskiego: Przyczynek do kazuistyki powikłań chirurgicznych przy moczówce cukrowej. Dr. Motza B.: O grużlicy nerek (dok.). Piotrowskiego J.: O leukemii (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**